

Tên học sinh _____

Năm Học Nổi Rộng (ESY) phục dịch là giáo dục đặt biệt và sự phục vụ liên hệ được cung cấp cho học sinh với khuyết tật ngoài kỳ hạn năm học thường miễn phí cho cha mẹ khi nhóm IEP quyết định rằng nếu không có sự phục vụ của ESY, chương trình giáo dục sẽ có lợi rất ít hoặc không lợi ít cho học sinh bởi vì thiếu sự phục vụ trong thời gian nhà trường nghỉ giải lao trong năm học hoặc giữa thời gian cuối năm học thường và bắt đầu năm học tới. Nếu nhóm IEP quyết định học sinh của quý vị hợp lệ để hưởng sự phục vụ ESY, Bản Thông Báo Trước của ESY phục dịch sẽ được hoàn thành và cung cấp cho quý vị.

- Học sinh cần phải có ESY phục dịch (Kèm theo định rõ các mục tiêu và các sự phục vụ, số lượng và sự thường xuyên.)
- Học sinh không cần phải có ESY
- Quyết định ESY sẽ được thu thập vào cuối năm học này

Duyệt Xét Xếp Lớp Hằng Năm

- Xếp lớp sơ khởi hoặc (Cung Cấp Cha Mẹ Bản Thông Báo Trước và Bản Thỏa Thuận để Xếp Lớp Sơ Khởi trong Giáo Dục Đặt Biệt.)
- Duy trì xếp lớp hiện tại hoặc
- Thay đổi xếp lớp hiện tại (Cung Cấp Cha Mẹ Bản Thông Báo Trước để Thay Đổi Xếp Lớp trong Giáo Dục Đặt Biệt)

Bản Thông Báo Trước về Giáo Dục Công Cộng Miễn Phí và Thích Hợp

Nhóm IEP đề nghị thi hành chương trình, căn cứ vào sự cần thiết của học sinh, và đại diện miễn phí, giáo dục công cộng thích hợp cho học sinh được cung cấp. Quý vị đã nhận và có sự bảo vệ dưới Bảo Đảm về Thủ Tục, một bản sao đã được đưa cho quý vị vào lúc giới thiệu học sinh để được định lượng. Quý vị có thể yêu cầu bản khác về Bảo Đảm về Thủ Tục từ giáo viên giáo dục đặt biệt bất cứ lúc nào. Nếu quý vị có câu hỏi liên quan về bản thông báo này hay Bảo Đảm về Thủ Tục, xin liên lạc vị hiệu trưởng hay giáo viên giáo dục đặt biệt ở nhà trường học. Chữ ký dưới đây của quý vị xác nhận sự nhận được Bảo Đảm về Thủ Tục và bản sao của IEP này.

Chúng tôi cần phải thông báo quý vị rằng nhà trường có thể yêu cầu sự hoàn trả từ Medicaid về liên hệ với sự chăm sóc Y tét được cung cấp cho con em quý vị. Điều này không ảnh hưởng đến quyền lợi quý vị được hưởng qua Medicaid hoặc cung cấp bởi bảo hiểm khác.

Chú Ý: Mỗi giáo viên và người cung cấp phục dịch cần phải được thông tin nhiệm vụ rõ ràng của họ liên hệ với sự thi hành IEP này, và các tiện nghi riêng biệt, các sử đổi, và sự ủng hộ cần thiết được cung cấp cho học sinh phù hợp với IEP.

Các Viên Chức Tham Dự Nhóm IEP

Cha Mẹ/Học Sinh Trưởng Thành _____ Ngày _____

Chức Viên Đại Diện LEA _____ Ngày _____

Học sinh _____ Ngày _____

Giáo Viên Giáo Dục Thường _____ Ngày _____

Giáo Viên Giáo Dục Đặt Biệt _____ Ngày _____

Người Khác _____ Ngày _____

Người Khác _____ Ngày _____

Người Khác _____ Ngày _____

*Chú ý: Nếu chữ ký của cha mẹ/học sinh trưởng thành bị thiếu sót, vậy thì cha mẹ/học sinh trưởng thành Không tham dự (văn kiện để răn sức lôi kéo sự tham gia của cha mẹ/học sinh trưởng thành) **Hay** Tham gia qua đường dây điện thoại, hội nghị bằng trên màn hình hay các phương thức khác **VÀ** Bản sao của văn kiện này được gửi đến cha mẹ vào (ngày) _____.

